事業者 → 保険者

（　同月　・　通常　）

介護給付費
介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立依頼書

横 手 市 長 あて（ 保険者番号 052035 ）

事業所番号										
事業所名										
所在地	〒									

下記の（　　）介護給付
（　　）介護予防・日常生活支援総合事業費
※いずれかに〇を記入してください。

について、過誤申立を依頼します。

令和　　年　　月　　日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		
	令和　　年　　月		